

ALEXANDRE NASCIMENTO MATEUS

## **MELANOMA CUTÂNEO.**

(ESTUDO RETROSPECTIVO REALIZADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO)

TRABALHO APRESENTADO PARA CONCLUSÃO DE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

COORDENADOR : PROF. CARLOS ALBERTO JUSTO DA SILVA

FLORIANÓPOLIS - SC - 1995

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**MELANOMA CUTÂNEO.**

(ESTUDO RETROSPECTIVO)

ALEXANDRE NASCIMENTO MATEUS

FLORIANÓPOLIS - SC - 1995

**Mateus; Alexandre Nascimento**

**Melanoma Cutâneo. / Alexandre Nascimento Mateus.**

**Florianópolis, 1995.**

**24 p; 30cm**

**Trabalho de conclusão de curso (Curso Médico - Universidade Federal de Santa Catarina).**

**Orientador: Prof. Carlos Alberto Justo da Silva.**

**1. Melanoma Cutâneo      2. Câncer de Pele    3. Neoplasias**

**ORIENTADOR: PROF. CARLOS ALBERTO JUSTO DA SILVA**

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Carlos Alberto Justo da Silva por sua orientação e compreensão, fatores decisivos para realização deste trabalho.

Ao Departamento de Anatomopatológica, que com organização e dedicação possibilitou esta pesquisa.

Ao Serviço de Arquivos Médicos por ter levantado os prontuários para esta pesquisa.

À todas as pessoas que possibilitaram a realização deste empreendimento.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....1

OBJETIVO.....3

MÉTODO.....4

RESULTADOS.....7

DISCUSSÃO.....12

CONCLUSÕES.....20

BIBLIOGRAFIA.....21

RESUMO.....23

SUMMARY.....24

## **1) INTRODUÇÃO**

## INTRODUÇÃO

Em 1787 Jonh Hunter descreveu pela primeira vez uma lesão compátivel com melanoma, definindo-a como uma excrescência fúngica cancerosa. Esta hipótese foi confirmada mais tarde, em 1968, após reexame do material cirurgico obtido por Hunter, que confirmou o diagnóstico de melanoma <sup>1</sup>.

Norris, em 1820, descreveu pela primeira vez o curso clínico de um paciente acometido por melanoma disseminado, e anos mais tarde relatou um estudo de 8 casos <sup>1</sup>.

Em 1858 Pemberton realizou a primeira extirpação de um melanoma com fins terapêuticos, e propôs a excisão ampla como tratamento cirúrgico adequado <sup>1</sup>.

Mais tarde, William S. Handley (1907) descreveu importantes conceitos em relação a invasão vascular e linfática ocasionada pelo melanoma. Com base nessas informações o Dr Handley recomendava a ressecção ampla em monobloco, incluindo pele, tecido celular subcutâneo, fáscia e linfonodos, com margens amplas (+/-5cm) na lateralidade e na profundidade, criando assim o princípio da cirurgia tridimencional para o melanoma cutâneo, ainda hoje importante para o tratamento adequado <sup>1,13,14,15, 28,27,30</sup>.

Em 1969, Clark et al, classificaram por análise microscópica os melanomas em níveis de micro-invasão da epiderme até o tecido celular subcutâneo e correlacionaram estes níveis de invasão à sobrevida dos pacientes <sup>30</sup>.



Breslow, em 1970, pela primeira vez mediu a espessura do tumor objetivamente com um micrômetro colocado na ocular do microscópico, demonstrando a importância da profundidade de invasão do tumor primário no tratamento e prognóstico dos melanomas<sup>3,13</sup>.

Na década de 80, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conduziu trabalhos prospectivo que demonstraram segurança para cirurgias menos agressivas quando o tumor fosse diagnosticado em fase menos invasivas<sup>30</sup>. Dados similares foram obtidos nas séries analisadas pela Clínica Lahey e Universidade de Munique<sup>6, 10, 12, 14, 15, 17</sup>.

O melanoma cutâneo foi a neoplasia maligna que mais cresceu em incidência na década passada (4% ao ano), perdendo apenas para o de pulmão em mulheres. Em 1935, um em cada 1.500 indivíduos desenvolviam melanoma, em 1980 esta taxa creceu para 1 em cada 250 pessoas, passando para 1:135 indivíduos em 1987. Mantida esta tendência, no ano 2000 estima-se que a cada noventa indivíduos, um tenha melanoma. Para ter-se idéia da gravidade da situação, em 1987 nos EUA, cerca de 6.000 pessoas morreram de melanoma e ocorreram 26.000 novos casos<sup>20</sup>.

Afora o tratamento cirúrgico pouco tem-se a oferecer em termos de cura para o paciente. Modalidades de tratamento como radioterapia e quimioterapia tem seu lugar apenas em casos selecionados ou em protocolos de pesquisa<sup>30</sup>.

Apesar da sua agressividade, o melanoma maligno apresenta prognóstico menos sombrio quando diagnosticado e tratado de forma precoce.

Este estudo visa reavaliar os pacientes tratados por melanoma no Hospital Universitário entre 1984 á 1995, a fim de conhecer nossos resultados, e sobre eles efetuar à luz da literatura sua análise crítica.

## **2) OBJETIVO**

## OBJETIVO

Este estudo visa avaliar os resultados referente ao tratamento e seguimento dos pacientes tratados por melanoma cutâneo no Hospital Universitário e correlacioná-los à a literatura.

### **3) MÉTODO**

## MÉTODOS

### AMOSTRA:

Foram examinados de forma retrospectiva, 60 registros hospitalares de pacientes portadores de melanoma maligno cutâneo; tratados no Hospital Universitário, entre Abril de 1984 e Março de 1995.

No grupo analisado, não houve diferença na distribuição por sexo dos indivíduos analisados, sendo que 51,6% destes pertenciam ao sexo feminino e 48,3% eram do sexo masculino. Todos os pacientes eram da raça branca e com idade global média de 52,4 anos ( $\pm 15$ ), tendo como idade mínima 23 anos e idade máxima 93 anos (TABELA 1).

**Tabela 1- Distribuição dos pacientes por sexo e idade.**

	Nº pacientes	Idade Média	Idade Mínima	Idade Máxima
<b>Masculino</b>	29	53,3	23	93
<b>Feminino</b>	31	51,3	23	81
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>52,4</b>	<b>23</b>	<b>93</b>

Fonte : SAME HU/UFSC 1984 - 1995

Foram estudados: dados de epidemiologia, tratamento, estadiamento clínico e anatomopatológico e do seguimento após o tratamento.

### A) DADOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Foram analisados a idade, sexo, cor e raça; antecedentes morbidos pregressos; antecedentes familiares de melanoma; local do sítio primário,

padrão de crescimento (nodular, plano, lentigo maligno e acral); presença de ulcerações; presença de metastáse loco-regional e ou linfática.

### B) DADOS DO TRATAMENTO:

Foram avaliadas as condutas cirúrgicas realizadas em relação ao sítio primário do tumor, às metastáses loco-regionais, às metastáses à distância, e terapias adjuvantes (QT, RT).

### C) ESTADIAMENTO CLÍNICO E ANATOMOPATOLÓGICO:

As lesões foram avaliadas segundo os níveis de Clark e Breslow.

Quadro 1: Classificação segundo os níveis de Clark.

<b>Clark nível I</b>	células tumorais limitadas á epiderme e seus apêndices.
<b>Clark nível II</b>	extensão á derme papilar, com no máximo umas poucas células estendendo se á interface entre a derme papilar e a reticular.
<b>Clark nível III</b>	extensão das células tumorais por toda a derme papilar enchendo a e rechaçando a derme reticular.
<b>Clark nível IV</b>	invasão da derme reticular.
<b>Clark nível V</b>	invasão do tecido celular subcutâneo

Quadro 2: Classificação de Breslow:

<b>Nível I :</b>	0,0 - 0,75 mm;
<b>Nível II:</b>	0,75 - 1,50 mm;
<b>Nível III:</b>	1,50 - 4,00 mm:
<b>Nível IV;</b>	> 4,00 mm

*artefato*  $\Delta JCC$

Os pacientes foram estadiados segundo **JOINT COMMITTEE ON CANCER**:

IA) melanoma local, Breslow menor ou igual á 0,75mm ou Clark II  
(T<sub>2</sub>N0M0)

- IB) melanoma local, Breslow 0,75-1,50mm ou Clark III (T2N0M0)
- IIA) melanoma local, Breslow 1,50-4,00mm ou Clark IV (T3N0M0)
- IIB) melanoma local, Breslow maior que 4,00mm ou Clark V (T4N0M0)
- III) qualquer T, N1, M0
- IV) qualquer T, N2, M0 ou qualquer T e N1 ou M2

#### **D) SEGUIMENTO:**

Os pacientes foram avaliados por dados de prontuário, sendo considerados os pacientes com pelo menos uma visita médica nos últimos 12 meses. Foram levantados dados em relação a recidiva local, aparecimento de metastases loco-regionais e/ou a distância, e o perfil de controle da doença.



## **4) RESULTADOS**

## RESULTADOS:

São citados na literatura, fatores causais ou que propiciariam o aparecimento do melanoma cutâneo. Dentre os principais fatores, podemos relacionar nesta amostra: a exposição solar em demasia e a pele clara. Não foi observado correlação entre lesões prévias, tais como: nevos intradérmico, nevos azul, nevos de Spitz; o uso de anticoncepcional oral; história familiar de melanoma e gravidez (Gráfico 1).

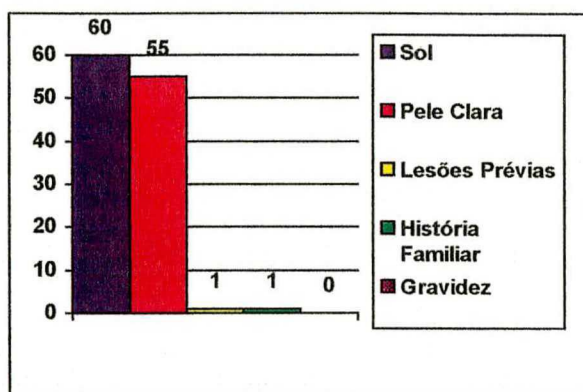


Figura 1- Fatores de Risco para Melanoma Cutâneo

O local mais frequente do tumor primário, foi os membros inferiores (23,3%), seguido da região torácica posterior (20%), face (16,6%), e região torácica anterior (13,33%). Apenas um paciente (1,66%) tinha sítio primário desconhecido e cinco pacientes (8,33%) tinham o sítio primário ignorado.

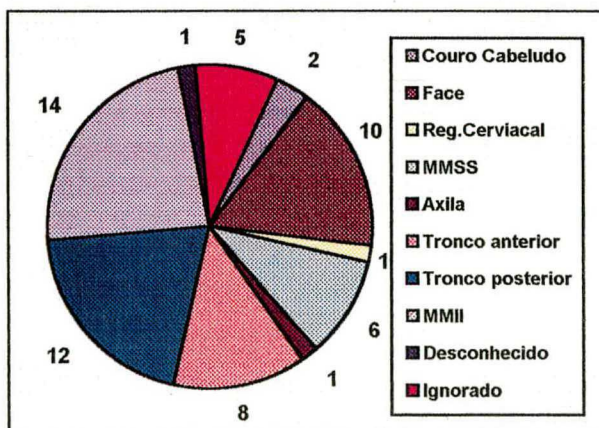
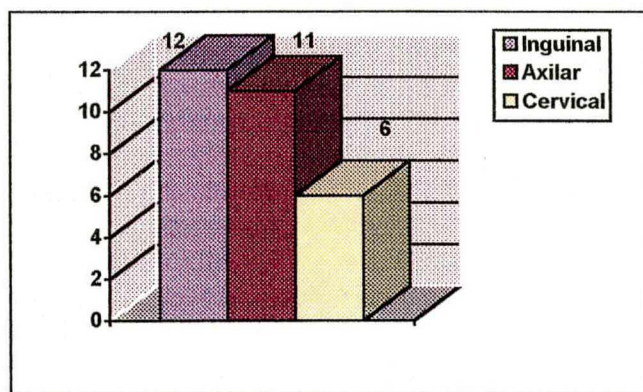


Figura 2- Localização do Tumor Primário

Em relação ao padrão de crescimento, 29 pacientes (48,3%) apresentaram a forma nodular, 19 (31,7%) a forma de disseminação superficial, 3 (5%) forma acral, lentigo maligno não foi encontrado e 9 pacientes (15%) tiveram a forma de crescimento ignorada. Foram observadas ulcerações em 16 pacientes (26,67%).

Na admissão, 29 pacientes (48,3%) apresentavam cadeias nodais comprometidas conforme o grafico abaixo.



**Figura 3- Avaliação das metástases linfáticas dos pacientes**

Apenas dez pacientes (16,6%) apresentavam metástases a distância. Em relação aos órgãos afetados, o fígado estava acometido em 2 oportunidades, o pulmão em 2 oportunidades, o aparelho gastrointestinal em 1 oportunidade, os ossos em 1 oportunidade, e em 8 oportunidades ocorreram metástases para o tecido celular subcutâneo. Um paciente apresentou mais de um órgão comprometido.

Em relação ao tratamento cirúrgico sobre o sítio primário, a excisão simples foi realizada em 34 pacientes (56%); 15 pacientes (25%) necessitaram de ampliação de margens; 11 pacientes (19%) não realizaram tratamento sobre o sítio do tumor primário.

A linfadenectomia terapêutica ocorreu em 19 pacientes (31,66%), sendo onze delas sobre a região axilar, sete sobre a região inguinal e cinco na região cervical.

A ressecção de metástase a distância foi realizada em nove pacientes (5%), sendo 8 ressecções realizada em metástases de tecido celular subcutâneo e 1 enterectomia.

Foram classificados 70% dos pacientes de acordo com os níveis de Clark (Tabela 2)

Tabela 2 - Classificação de Clark

	PACIENTES	
	Nº	%
Clark I	02	03,3
Clark II	04	06,6
Clark III	11	18,3
Clark IV	19	31,6
Clark V	06	10,0
Ignorado	18	30,0
<b>TOTAL</b>		

Fonte : SAME HU/UFSC 1984 - 2995

A classificação de Breslow está demonstrada na figura 3.

avaliação metástases linfáticas  
do fôto pg 8



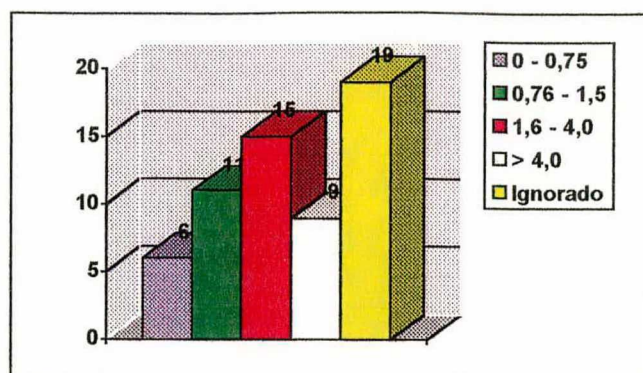


Figura 4- Classificação de Breslow

Com relação ao estadiamento clínico(AJCC): 12 pacientes (21,6%) pertenciam estadio I , 20 pacientes (33,3%) ao estadio II, 11 pacientes ao estadio III (18,3%) e 16 pacientes (26,6%) ao estadio IV (Tabela 3).

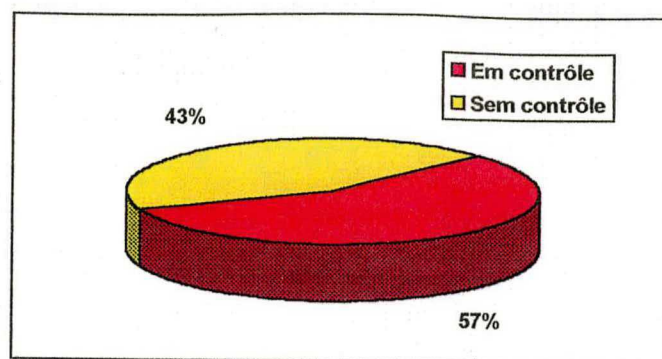
Tabela 3 - Estadiamento da AJCC para Pacientes Portadores de Melanoma.

ESTADIOS	PACIENTES	
	Nº	%
IA	04	06,6
IB	09	15,0
IIA	16	26,6
IIB	04	06,6
III	11	18,3
IV	16	26,6

Fonte : SAME HU/UFSC 1984 - 3995

Nove pacientes (15%) submeteram-se a quimioterapia e 4 pacientes a radioterapia.

Em relação ao seguimento após o tratamento, foram obtidos dados referentes a 36 pacientes, que pelo menos nos últimos doze meses, apresentaram-se para consulta médica.



Centro de Ciências da Saúde-UFSC  
CCS - M  
BIBLIOTECA

Figura 5- Follow up dos Pacientes Tratados no HU/UFSC

O tempo de seguimento dos pacientes esta demonstrado na Figura abaixo.

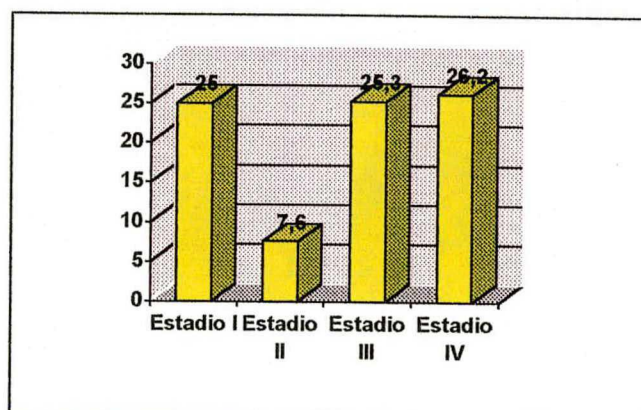


Figura 6 - Tempo Médio de Follow up em meses

Podemos observar o seguimento dos pacientes relacionado ao estadiamento na Tabela 4.

Tabela 4 - Seguimento dos Pacientes Relacionados Estadio.

	Doença Controlada		Doença Ativa		TOTAL	
	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
Estadio I	11	100	0	0	11	100
Estadio II	11	100	2	15,3	13	100
Estadio III	5	100	0	0	5	100
Estadio IV	3	42,8	4	57,2	7	100
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>83,4</b>	<b>6</b>	<b>16,6</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Fonte : SAME HU/UFSC 1984 - 4995

## **5) DISCUSSÃO**

## DISCUSSÃO

O termo melanoma cutâneo designa uma neoplasia maligna originada dos melanócitos, que num dado momento passam a apresentar características de malignidade (anaplasia, capacidade de invasão e crescimento desordenado). O pico de incidência situa-se, entre os 40 e 60 anos de idade, embora tenha sido observado em qualquer idade. Em relação a amostra estudada observamos acordo com a literatura.

O melanoma maligno é primariamente uma doença de indivíduos da raça caucasiana, especialmente de descendência céltica. Apesar de que, a doença pode afetar qualquer raça ou grupo étnico (incluindo os albinos); é muito menos frequente em negros, asiáticos e outras raças de pigmentação acentuada. Na amostra todos os pacientes eram da raça branca, o que vem encontro com a literatura.

Há uma relação direta entre exposição solar e melanoma maligno. O risco de desenvolver melanoma maligno é definitivamente maior (2 a 3 vezes) em indivíduos com história de queimaduras solares intensas durante a infância e a adolescência (regiões mais próximas do Equador), ou naqueles indivíduos que mais "queimam" do que bronzeiam<sup>1,7,9</sup>.

*folha 2  
risco*  
Em relação ao grupo estudado todos os pacientes apresentavam história de exposição demasiada ao sol, e cerca de 91 % deste apresentavam pele clara, o que reforça a idéia que o sol é realmente um fator de risco na gênese do melanoma.

A maioria dos melanomas aparentemente originam-se "de novo", porém alguns tumores podem estar associados a lesões pré existentes tais



como: nevos intradérmico, nevos azul, nevos de Spitz, e outros. Nevos persistentemente alterado ou em alteração: pode ser um melanoma em evolução ou já instalado. A diferenciação clínica entre nevos benignos e melanoma é muito importante; a alteração na coloração (escurecimento ou clareamento), aumento de diâmetro e alteração nas margens, são as três principais alterações de um nevo que podem indicar precocemente um melanoma em 80% dos casos. Os nevos na maioria das vezes apresentam apenas variações do castanho ao castanho escuro, enquanto que os melanomas podem mostrar áreas brancas, azuis, vermelho, além do castanho e do negro. Sangramento, ulceração e o amolecimento da lesão estão presentes em 5-15% dos casos, mas são relativamente tardios<sup>7,8,10</sup>. Os melanomas geralmente apresentam margens irregulares, com saliências e reentrâncias, enquanto os nevos são regulares e bem circunscritos<sup>1,2,6</sup>. Neste estudo, não foi observado correlação entre as referidas lesões e o aparecimento de melanoma cutâneo.

Melanoma Cutâneo prévio aumenta o risco de desenvolver outro tumor primário em 5 a 9 vezes. História Familiar de Melanoma: tem um aumento de 8 vezes no risco de desenvolver melanoma<sup>7</sup>. Não observamos presença de melanoma cutâneo prévio nesta amostra e a presença de história familiar manifestou-se apenas uma vez.

O reconhecimento dos fatores de risco para o melanoma maligno é de extrema importância, basicamente por dois motivos: 1) remover, ou acompanhar cuidadosamente as lesões cutâneas pigmentadas de alto risco que possam ser potencialmente precursoras de um melanoma; 2) diagnosticar o melanoma em estágios precoces antes que tenham desenvolvidos metastases.

O melanoma maligno cutâneo é classificado em 4 tipos: lentigo maligno, lentigo maligno acral, melanoma de disseminação superficial e melanoma nodular. Existem características particulares para cada tipo de melanoma: 1) lentigo maligno melanoma: geralmente afeta grandes área, podendo ser confundido com melanoma de disseminação superficial. Apresenta coloração em tons variáveis de castanho, mas podendo também ser negro-azulado na fase tardia da doença. Possui margens irregulares, superfície geralmente não muito elevada, ocorre em áreas expostas ao sol (face e pescoço). A idade média dos pacientes é de 70 anos. As lesões medem 6 cm ou mais de diâmetro e tem bordos irregulares. 2) Melanoma de disseminação superficial: Seus bordos tendem a ser irregulares com áreas arciformes, sua superfície é discretamente elevada e bastante irregular, facilmente palpável em nódulo ou placa. A coloração varia do do roxo, azul, branco, roxo-azulado a cinza-escuro e pode haver história de sangramento. Este tipo de melanoma pode desenvolver-se rapidamente de quatro semanas a três meses, podendo ocorrer em qualquer parte da pele e mucosas, sendo mais frequente na parte inferior das pernas (mulheres) e em tórax e dorso (homens). A idade média destes pacientes é de 56 anos. O tamanho raramente é maior que 2 a 3 cm de diâmetro. 3) Melanoma nodular: Macroscopicamente ocorre sobre 3 formas: nódulo uniforme, placa elevado com bordos irregulares, lesão exofítica, frequentemente ulcerada, sua coloração é escura, negro-azulada. Este tipo de melanoma cresce rapidamente, mostrando disseminação vertical desde o início, com pior prognóstico. 4) Melanoma acral: Ocorre nas palmas das mãos e plantas dos pés, e nas regiões ungueais e periungueais, sendo a planta dos pés a localização mais frequente. Apesar de responsabilizar-se por

apenas 8% de todos os melanomas cutâneos em caucasoides, uma grande proporção ocorre nestas localizações em japoneses, chineses, hispânicos e negros. A tumefação e ulceração, bem como metastases ocorrem muitas vezes dentro de breve tempo, explicando as baixas taxas de sobrevida.

Em relação a localização do tumor, são descritas áreas mais espostas ao sol, tais como tronco, face e membros <sup>30</sup>, o que vem a corroborar os achados deste trabalho. Em cerca de 4% dos pacientes com metástases de melanoma, nenhum tumor primário pode ser encontrado, embora o tumor primário possa em alguns casos ser um órgão interno, pode-se supor que ele estava na maioria dos casos localizado na pele e regrediu espontaneamente, e se pode ver neste local uma área hipopigmentada ou uma lesão irregular, plana, pigmentada. Nesta amostra foi encontrado apenas paciente com tumor primário desconhecido.

As formas nodular e acral são tidas com mais malignas. É descrito uma maior frequência da forma superficial, no entanto neste material ocorreu um predomínio da forma nodular. Este fato foi relacionado ao pequeno número de pacientes analisados.

Existem muitas controvérsias em relação a margem de ressecção do tumor primário, sabemos que o índice de cura para melanomas com espessura menor ou igual a 0,75 mm e maior que 95%, quando o tratamento cirúrgico é adequado.

Sampson Handley, 1907, sugeriu margens de 5cm em torno da lesão. Estas recomendações permaneceram durante 50 anos, até que novos estudos sobre o desenvolvimento e comportamento dos melanomas

levasse a individualização da terapia <sup>1,13,14,15, 28,37,40</sup> baseado no estadiamento da lesão. Alguns autores, que acreditam que o risco de recidiva local seja proporcional ao nível de invasão nos tecidos (Clark) e espessura da lesão (Breslow), sugerem:

- 1) Clark II ou Clark III com espessura < 0,76mm = excisão com 2 á 3cm de margem radial;
- 2) Clark III com espessura > 0,76mm e todos ClarkIV = excisão com 3 á 4cm de margem radial;
- 3) Clark V e todos melanomas com espessura >4,00mm = excisão com margem de 5 cm radial em torno do sítio primário, incluindo a fáscia aponeurótica (risco de lesões microsatélites e invasão dos linfáticos subdérmicos).

Umas das maoires controvérsias no tratamento dos melanomas é a realização ou não da linfadenectomia profilática. Os autores que defendem esta opinião, argumentam que 20 a 30% dos pacientes com melanoma terão micro-metastáse ocultas e neste caso haveria benefício com a excisão nodal precoce <sup>25</sup>. Contrários a esta conduta, outros autores justificam que os 80% restantes estariam sujeitos à morbidade da dissecação nodal desnecessária, e afirmam que adotando conduta expectante poderiam ainda assim atuar quando necessário sem prejuízo na sobrevida destes pacientes. Obviamente nem todos paciente se beneficiarão com a excisão nodal profilática, mas aqueles de alto risco para metastáses terão uma melhor taxa de sobrevida <sup>6,20,21,22,23,26</sup>.

A espessura do tumor constitui o mais importante fator isolado na predição da sobrevida para pacientes no estágio I Balch <sup>3</sup>. Originalmente, a profundidade da invasão era determinada pelos cinco níveis sugeridos por Clark, que demonstraram que a mortalidade de 5 anos aumentava com cada nível, de 8% no nível II para 35% no nível III, 46% no nível IV e 52% no

nível V. Entretanto a mortalidade se revelava a mesma para os níveis III e IV<sup>3</sup>.

Breslow, em 1970, afirmou que os melanomas malignos com menos de 0,76 mm de espessura não se metastatizam e não exigem dissecação dos linfonodos regionais, enquanto que nos melanomas acima de 1,5 mm de espessura, a dissecação profilática dos linfonodos duplica a taxa de sobrevida. Os valores quanto aos melanomas entre 0,76 mm e 1,5 mm <sup>der</sup> de espessura foram inconcluentes no que concerne ao valor da dissecação dos gânglios linfáticos. Breslow assinalou que, em 17% dos pacientes com melanoma nível II de Clark, o tumor era mais espesso do que 0,76 mm, e que, em 25% dos <sup>pacientes</sup> com melanomas nível III, ele tinha menos de 0,76 mm de espessura, de modo que a medição com micrômetro deu informação prognóstica mais confiável do que os níveis de Clark.

Várias tentativas foram feitas para combinar os métodos de medição de Clark e Breslow. Bagley et.al. proporam a seguinte combinação, empregam a espessura do melanoma como parâmetro de comando e o seu nível como modificador, assim dividindo os melanomas estágio I em três grupos de risco:

**BAIXO RISCO:** melanomas com menos de 0,76 mm de espessura e nível II ou III

**RISCO MODERADO:** (a) Melanomas com menos de 0,76 mm de espessura e nível IV

(b) Melanomas entre 0,76 mm e 1,5 mm de espessura

(c) Melanomas com mais de 1,5 mm de espessura e nível III

**ALTO RISCO:** Melanomas com mais de 1,5 mm de espessura e nível IV ou V

Bagley et.al. constataram que a taxa de mortalidade destes grupos de risco são 0%, 23% e 37%, respectivamente<sup>3</sup>.

A incidência de comprometimento dos linfonodos regionais aumenta com a espessura do tumor. Conforme pela primeira vez afirmado por Breslow em 1970, e confirmado por muitos observadores subsequentes, o comprometimento dos gânglios linfáticos regionais é extremamente rara em melanomas com uma espessura de menos de 0,76 mm. Portanto geralmente há acordo em que a dissecação linfática regional não está indicada.

O número de gânglios linfáticos comprometidos e a profundidade do tumor são fatores importantes no prognóstico dos pacientes que tem metastases em menos de 20% dos seus gânglios linfáticos regionais ressecados e uma espessura tumoral de menos de 3,5 mm tem uma taxa de sobrevida livre de doença em 5 anos de 80%, em comparação com 18% para os pacientes que tem uma espessura tumoral maior do que 3,5 mm ou metastases em 20% ou mais dos seus linfonodos ressecados.

A disseminação metastática sistêmicas, incomum em melanomas delgados, é muito comum em tumores com espessura maior do que 2 mm. Metastases levando à morte são raras nos melanomas superficiais. Uma possível exceção a esta baixa taxa de mortes em melanomas com menos de 1,7 mm de espessura são as denominadas áreas BAND (dorso superior, braços posteriores, pescoço posterior, couro cabeludo posterior).

A disseminação através da corrente sanguínea usualmente ocorre mais tarde, e estas metástases são amplamente disseminadas. Embora metástases usualmente ocorram dentro de 5 anos após o início da doença,

seu aparecimento pode ser retardado, sendo raras após 10 anos de sobrevida.

O estudo através de autópsia demonstrou que os órgãos mais acometidos em mais da metade dos casos foram: pulmões (88%), encéfalo, duramater ou medula espinhal (75%), trato gastrointestinal (73%), coração (70%), fígado (63%), peritônio (58%) e glândulas supra-renais (53%). Metástase na pele e tecido celular subcutâneo estavam presentes em 54% a 75% dos pacientes<sup>3</sup>.

## **6) CONCLUSÕES**



## CONCLUSÃO

Podemos concluir:

Os pacientes portadores de melanoma cutâneo atendidos no hospital universitário, na sua grande maioria, ainda são diagnosticados e tratados em fase tardia.

## **7) BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

- 1) AITKEN,D.,et.al. :The Extet of Primary Melanoma Excision. Ann. Surg. 198(05): 634-41, Nov., 1983.
- 2)AUSTIN,D.F.,et.al.:Discordance of Risk Factors for Invasive and Non Invasive Melanoma. The Lancet. 335:1523-4,Jun.,1990.
- 3)BALCH, C.M.,et.al. : A Multifactorial Analysis of Melanoma: Prognostic Histopathological Features comparing Clark`s and Breslow`s Staging Methods. Ann Surg. 188:732-42, 1978.
- 4)BALCH,C.,M.,et.al. :Eficacy of 2 cm Surgical Margins for Intermediate Thickness Melanoma (1 to 4 mm). Ann. Surg. 218(03): 262-69, April, 1993.
- 5)BALCH,C.M. : The Role of Elective Lymph Node Dissection in Melanoma: Results, Rationale and Controversies.Journal of Clinical Oncology. 06(01): 163-72,Jan.,1988.
- 6)BALCH,C.M.,et.al. :A Comparison of Prognostic Factors and Surgical Results in 1796 Patients with Localized Melanoma Treated in Alabama,USA,and New South Wales, Australia.Ann.Surg.196(06):677-84,Dez.1982.
- 7)BRESLOW,A. : Thickness, Corss-Sectional Areas and Depth of Invasionin the Prognosis of Cutaneous Melanoma. Ann.Surg. 172(05):902-8,Nov.,1970
- 8)CLARK, Jr.W.H., et.al. : The Histogenesis and Biologic Behavior of Primary Human Malignant Melanomas of the Skin. Cancer Research. 29:705-27, Mar.,1969.
- 9)CLARK,W.H.: Malignant Melanoma in Situ.Human Pathology. 21(12):1197-8,Dez, 1990.
- 10)CROLEY,N.J.,et.al.: The Role of Elective Lymph Node dissection in the Managent of Patients With Cutaneous Melanoma. Cancer.66(15):2522-27,Dez.,1990.
- 11)DAY,C.L.,et.al. : Narrower Margins for Clinical Stage I Malignant Melanoma. The New England Journal of Surgery. 25:479-81,Fev.,1982
- 12)DICK,D.C.: Diversity of Malignant Melanoma. The Lancet. Set.,1989.
- 13)ELDER,D.E.,et.al. : Optimal Ressection Margin for Cutaneous Malignant Melanoma Plastic and Reconstructive Surgery. 71(01) :66.72,Jan.,1983
- 14)ELDER,D.E.,et.al. :The Role of Lymph Node Dissection for Clinical Stage I Malignant Melanoma of Intermediate Thickeness. Cancer .56(02) : 413-28, jul.,1985
- 15)GHUSSEN,F.,et.al. : The Value ofcurrent Staging Systems for Melanoma of the ExtremitiesCancer. 66(02):396-401,Jul.,1990.

- 16)GOLDMAN,L.I.,et.al. : Narrowing Ressection Margins for Patients with Low-risk Melanoma. The American Journal of Surgery. : 1542-44, Fev.,1988.
- 17)GRIFFITHS, R.W., Briggs, J.C. : Incidence of localli Metastatic Cutaneous Malignant Melanoma folliming conventional Wide Margin Excisional Surgery of Invasive Clinical Stage I Tumours. Br. J. Surg., 73:349-53, Maio,1986
- 18)HEENAN,P.,J.,et.al: The Effects of Surgical Treatment on Survival and local Recurrence of Cutasneous Malignat Melanoma: Cancer. 69(02): 421-26, Jan.,1992.
- 19)HIYAMA, D.T. : Malignant Melanoma : Current Mangement The Ohio Dermatological Association. 360-65, Maio 1990.
- 20)KOPF,A.W.,et.al. : Prognostic Index for Malignant Melanoma: Cancer.59(06):1236-48,Mar.,1987
- 21)LANDTHALER,M.,et.al. : Excisional Biopsy as the First Procedure Versus Primary Wide Excision of Malignant Melanoma. Cancer. 64(15):1612-16,Out.,1989.
- 22)O'ROURKE,M.,G.,E.,et.al.: Melanoma Recurrence After excision . Is a Wide Margin Justified?. Human Pathology. 25(02) 2-5, Jun.,1992
- 23)OVERRETT,K.,et.al. :Surgical Treatment of distant Metastatic Malignant Melanoma. Cancer 56(05) : 1222-30,Set.,1985.
- 24)REED,R.J. : Minimal Deviation Melanoma. Human Pathology. 21(02): 1206-11,Dez., 1990.
- 25)RHODES,A.R.,et.al. : Risk Factors for Cutaneous Melanoma : A Pratical Method of Recognizing Predisposed Individuals. JAMA.258 (21):3146-54,Dez.,1987.
- 26)RYAN,L.,et.al. Prognostic Factors in Metastatic Melanoma: Cancer 71(10): 2995-3005, May, 1993.
- 27)SIM,F.H.,et.al., : Lymphadenectomy in The Management of Stage I Malignant Melanoma. Mayo Clin. Proc. 61:697-705,1986.
- 28)SIM,F.H.,et.al.: A Prospective Randomized Study of the Efficacy ofthe Routine Elecive Lymphadenectomy in Management of Malignat Melanoma. Cancer. 41(03):498-506,Mar.,1978
- 29)TRON, V.A., et.al. : Malignant Melanoma in Situ: Fuctional Considerations of Cancer Human Pathology. 21(12): 102-5, Dez.,1990
- 30)VERONESI,M.,D.,et.al. Thin Stage I Primary Cutaneous Malignant Melanoma Comparison of excison with Margins of 1 or 3 cm. The New England Journal of Medicine: 318(18):1159-1162, May,1988.

**8) RESUMO**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O termo melanoma maligno cutâneo designa uma neoplasia maligna originada dos melanócitos. Dos 600.000 casos de câncer de pele diagnosticados nos EUA, 32.000 são melanomas. Sendo a neoplasia que mais cresceu em incidência na década passada ( 4% / ano), perdendo apenas para CA de pulmão em mulheres.

**OBJETIVOS:** Este estudo visa reavaliar os pacientes tratados por melanoma maligno cutâneo no Hospital Universitário entre abril de 1984 a maio 1995, a fim de conhecer nossos resultados.

**MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, de 60 pacientes portadores de melanoma maligno cutâneo. Foram realizados coleta de dados epidemiológicos; análise do tratamento cirúrgico realizado; classificação segundo o estadiamento da AJCC, utilizando os níveis Clark e de Breslow para o micro-estadiamento.

**RESULTADOS:** O grupo estudado era composto de 31 mulheres e 29 homens, a idade média nesta série foi de 52,4 anos ( +/- 15 anos). As regiões mais acometidas foram MMII (23%), dorso (20%), face (16,6%) e tórax anterior (13,3%) 25% dos pacientes apresentaram recidiva local. 48,3% tinham metástases loco-regional ao diagnóstico.

**CONCLUSÃO:** Apesar de sua gravidade, o melanoma apresenta grandes possibilidades de cura, quando associamos o diagnóstico precoce ao tratamento cirúrgico adequado.

TEC  
UFSC  
CC  
0224

Ex.1

N.Cham. TEC UFSC-CC 0224

Autor: Mateus, Alexandre

Título: Melanoma cutâneo..



972807132 Ac. 253046

Ex.1 UFSC-BSCCSM